

EKSISI FIBROLIPOMA RETROFARING (Laporan Kasus)

Fransiska Hutahaean, Achmad Chusnu Romdhoni

Dep/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok

Bedah Kepala dan Leher

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PENDAHULUAN

Lipoma merupakan tumor jinak yang terdiri dari sel jaringan lemak, yang bisa tumbuh dimana saja pada bagian tubuh, baik secara subkutan maupun submukosa. Diagnosis lipoma superfisial ditegakkan berdasarkan gejala klinis, yaitu dari anamnesis didapatkan benjolan di bawah kulit tanpa rasa nyeri, yang bila berukuran besar mungkin memberikan gangguan secara kosmetik dan fungsional. Pada pemeriksaan fisik terlihat benjolan berbatas tegas, sewarna dengan kulit, terasa lunak, dan *mobile* bila diraba. Berbeda dengan lipoma di bagian dalam tubuh yang sulit untuk dieksplorasi pada pemeriksaan fisik sehingga memerlukan pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosis sekaligus menentukan perluasan lipoma.¹

Retrofaring adalah ruang di belakang mukosa parafaring dan anterior dari fasia prevertebralis. Ruang retrofaring berisi kelenjar getah bening dan sejumlah kecil jaringan lemak. Pertumbuhan lipoma di ruang ini sangat lambat, umumnya tidak memberikan gejala sebelum mencapai ukuran yang besar. Lipoma di ruang retrofaring mungkin tidak terdiagnosis selama bertahun – tahun karena penderita menjadi terbiasa akan gejala yang dialami. Literatur melaporkan bahwa tumor ini ditemukan secara tidak sengaja ketika melakukan *computer tomography (CT) scan* kepala leher untuk penyakit yang lain.^{2,3}

Neoplasma yang berasal dari mesenkim ini umum terjadi di berbagai bagian tubuh, tetapi hanya 13% (literatur lain menyebutkan angka 15-20%)⁴ timbul di kepala dan leher. Lipoma retrofaring merupakan kejadian yang jarang, tidak lebih dari 30 kasus ditemukan di literatur sejak tahun 1877 hingga 1998. Lipoma retrofaring umum terjadi pada dewasa

dengan usia lebih dari 35 tahun,⁵ tetapi pada anak ada juga pernah dilaporkan, walaupun sangat jarang. Terapi lipoma retrofaring adalah eksisi dengan pendekatan *transoral* atau *transcervical*.⁶

Tujuan dari penulisan referat ini adalah untuk melaporkan seorang penderita fibrolipoma retrofaring yang telah dilakukan operasi dengan pendekatan *transcervical*.

LAPORAN KASUS

Seorang penderita laki - laki berumur 44 tahun datang ke Unit Rawat Jalan (URJ) THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Mei 2013 dengan keluhan benjolan di leher kanan dan kiri sejak delapan bulan sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Benjolan pada awalnya berada di leher sebelah kanan, kecil, dan terlihat bila penderita menoleh ke arah kiri. Benjolan semakin lama semakin membesar hingga mencapai leher kiri. Benjolan tidak memberi rasa nyeri dan terasa lunak bila diraba.

Sejak lima bulan SMRS terdapat perubahan suara menjadi sengau. Terdapat keluhan rasa mengganjal bila menelan sejak dua tahun yang lalu, walaupun tidak didapatkan nyeri telan. Penderita merasa lebih nyaman bila menelan makanan cair atau lunak. Proses menelan makanan membutuhkan waktu yang lebih lama dari sebelumnya. Keluhan telinga, hidung dan benjolan di bagian tubuh lain tidak ditemukan.

Pada pemeriksaan fisik, kedua telinga dan hidung dalam batas normal. Permukaan dinding faring licin dan bombans, kesan massa menonjol dari dinding belakang faring ke anterior, *isthmus faucium* lapang dan tidak didapatkan deviasi lidah. Pada pemeriksaan leher didapatkan benjolan sewarna dengan kulit, merata kanan dan kiri, berukuran 10 cm X 8 cm X 4 cm, *mobile* dan terasa

lunak bila diraba. Pemeriksaan biopsi aspirasi jarum halus pada benjolan di leher gagal mendapatkan bahan yang representatif karena jaringan yang udim sehingga bagian patologi anatomi menyarankan untuk melakukan *open biopsy*.

Lesi meluas ke *regio colli* kanan dan kiri. Kesan: *fat density mass* di ruang retrofaring setinggi VC 2 - VC 6 mendesak posterior orofaring dan hipofaring ke anterior, menyebabkan penyempitan orofaring dan hipofaring, dan meluas ke *regio colli*



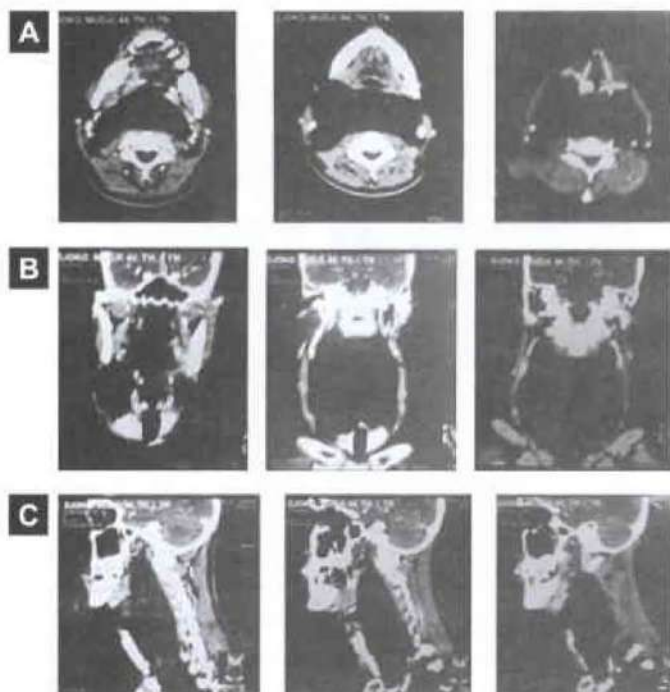
Gambar 1. Penderita sebelum operasi. A. Tampak depan. B. Tampak samping kiri. C. Tampak samping kanan.

CT scan kepala leher tanggal 15 Agustus 2013 memberikan hasil lesi dominan lemak yang terbatas tegas, tepi reguler di ruang retrofaring setinggi corpus VC 2 - VC 6, dengan ukuran 10 cm X 5 cm X 10 cm. Lesi setinggi VC 2 - VC 6 mendesak dinding posterior orofaring dan hipofaring ke anterior, menyebabkan penyempitan orofaring dan hipofaring.

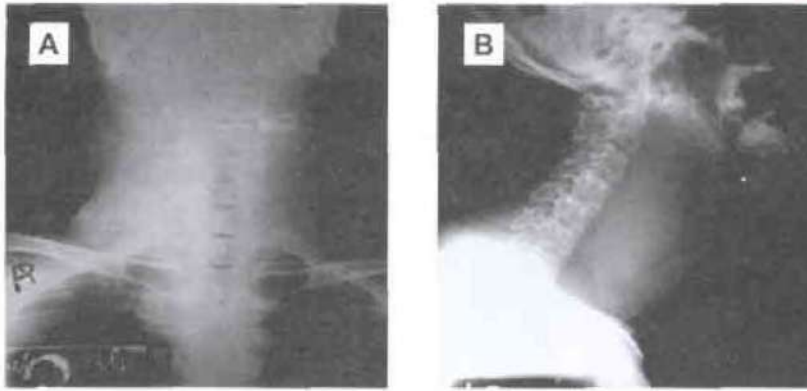
kanan kiri, dapat merupakan suatu lipoma retrofaring (gambar 2). Berdasarkan data pemeriksaan di atas, penderita disarankan untuk trakeotomi dan biopsi eksisi, tetapi penderita menolak dan ingin mempertimbangkan hal tersebut terlebih dahulu.

Lima bulan kemudian penderita kontrol dengan keluhan terasa sesak dan benjolan yang dirasa semakin membesar. Sesak dirasakan bertambah apabila penderita tidur terlentang, sehingga penderita hanya bisa tidur sambil duduk atau disangga dengan banyak bantal. Pada pemeriksaan fisik telinga dan hidung tidak didapatkan kelainan. Pada pemeriksaan tenggorok didapatkan dinding faring yang menonjol dengan permukaan licin, kesan ada massa yang mendesak dari retrofaring. Benjolan merata di leher kanan dan kiri serta teraba lunak.

Pemeriksaan laboratorium, *electrocardiogram*, dan foto *thorax* dalam batas normal. Pemeriksaan *Fiber Optic Laryngoscope* (FOL) yang dilakukan beberapa hari sesudahnya menunjukkan massa menonjol dari dinding belakang faring, *airway* cukup lapang, korda vokalis tidak dapat dievaluasi karena laringoskop tidak bisa masuk lebih jauh. Epiglottis terdorong ke depan. Pemeriksaan foto *soft tissue* kepala leher AP/lateral sebelum operasi memberikan hasil *soft tissue mass* di retrofaring setinggi level C7 dominan sisi kanan yang menyebabkan pendesakan faring dan trakea ke anterior seperti yang terlihat di gambar 3 di bawah ini.



Gambar 2. CT Scan kepala leher 15 Agustus 2013. A. Potongan aksial. B. Potongan koronal. C. Potongan sagital.



Gambar 3.
Foto *soft tissue* kepala leher.
A. Posisi AP.
B. Posisi lateral

Magnetic resonance imaging (MRI) kepala leher disarankan untuk dilakukan untuk memperjelas massa *soft tissue*. Pemeriksaan MRI kepala dan leher dengan fokus ke ruang retrofaring dan leher tidak dapat dilakukan karena penderita terlalu banyak bergerak.

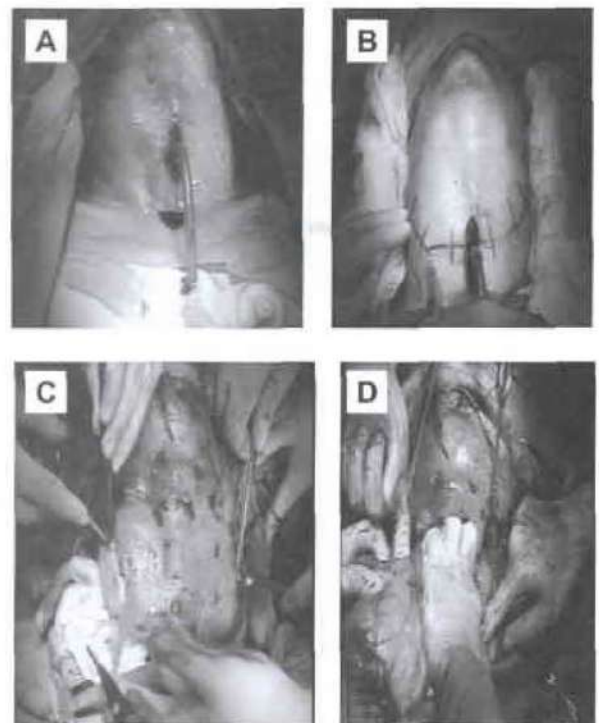
Berdasarkan data terakhir, penderita didiagnosis sebagai lipoma retrofaring dengan *impending* sumbatan jalan napas atas (SJNA). Penderita direncanakan untuk dilakukan eksisi tumor secara *transcervical*. Selanjutnya penderita dikonsulkan ke teman sejawat anestesi yang memberi saran untuk melakukan trakeotomi terlebih dahulu guna mengatasi kesulitan intubasi.

Pada tanggal 16 Januari 2014 dilakukan operasi di ruang 509 gedung bedah pusat terpadu (GBPT) RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Operasi direncanakan dengan pendekatan *transcervical*. Penderita tidur terlentang dengan bahu diganjal bantal dan leher hiperekstensi. Desinfeksi dilakukan pada lapangan operasi, daerah leher hingga mandibula dan klavikula dengan betadine 10%. Trakeotomi dilakukan dengan lokal anestesi, selanjutnya pipa endotrakea dimasukkan ke dalam insisi trakeotomi (gambar 4A).

Tindakan operasi berikutnya adalah mempersemit lapangan operasi dengan duk steril. Lapangan operasi pada leher diberi *marker* dengan *methylen blue* (gambar 4B) berbentuk "U" seperti yang lazim dilakukan pada operasi laringektomi, kemudian dilakukan infiltrasi adrenalin 1:200.000, ditunggu selama dua menit. Insisi kulit dilakukan lapis demi lapis hingga sub Platysma, kemudian dibuat *apron flap*. Tampak massa tumor mengisi daerah *colli dextra* dan *sinistra*. Massa dibebaskan

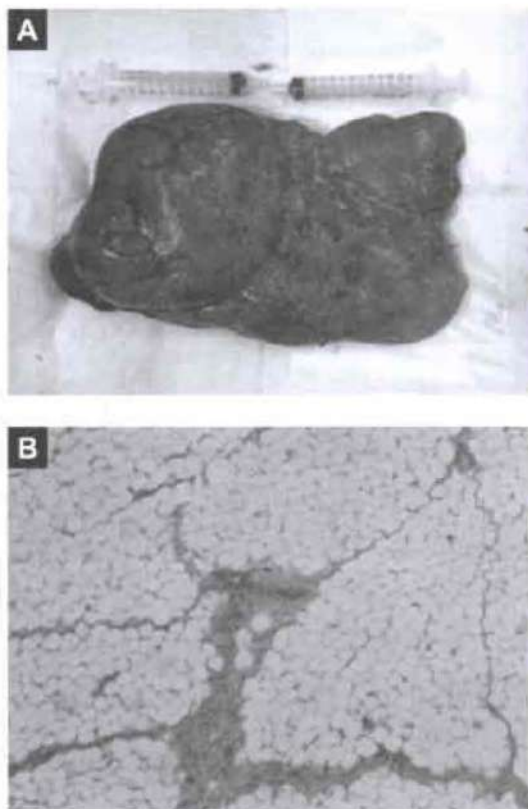
dari jaringan sekitar lapis demi lapis, dipisahkan dari jaringan yang penting seperti arteri karotis, vena jugularis *dextra sinistra*, esofagus, dan trakea (gambar 4C).

Perdarahan dirawat dengan *cauter*. Setelah berhasil membebaskan tumor maka eksisi massa tumor dapat dilakukan secara *intoto* (gambar 4D). Evaluasi dilakukan pada struktur penting antara lain, vasa karotis, esofagus, *nervus laringeus inferior*, dan trakea, tidak ditemukan kerusakan



Gambar 4. Operasi pada tanggal 16 Januari 2014. A. Trakeotomi. B. *Marker* berbentuk "U".
C. Massa dibebaskan dari jaringan penting.
D. Massa dikeluarkan.

akibat massa. Lapangan operasi dicuci dengan normal salin, selanjutnya dipasang *nasogastric tube* untuk identifikasi esofagus pasca eksisi. *Vacuum drain* diinsersikan di kanan dan kiri leher, lalu luka operasi ditutup dengan menjahit kulit lapis demi lapis. Operasi berlangsung selama 4 jam dan berhasil mengeluarkan massa secara utuh yang tampak seperti jaringan lemak.



Gambar 5. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi.
A. Foto makroskopik. B. Foto mikroskopik

Massa tumor dikirim dan diperiksakan ke bagian patologi anatomi. Hasil pemeriksaan tersebut tampak pada penampang makroskopis didapatkan satu potong jaringan dengan berat 850 gram dengan ukuran 19 cm X 14 cm X 7 cm. Jaringan diliputi kapsul tipis, permukaan halus, *lobulated*, berwarna putih abu-abu, sebagian putih kekuningan dan coklat kehitaman, dan konsistensi padat kenyal (gambar 5A). Gambaran mikroskopik memberikan hasil pertumbuhan tumor jinak yang terdiri dari proliferasi sel lemak matur, monoton dengan jaringan ikat fibrous diantaranya yang sesuai dengan gambaran fibrolipoma (gambar 5B).

Setelah operasi, penderita dirawat di ruang Teratai selama enam hari, selama itu penderita diberikan obat, perawatan luka operasi, dan perawatan trakeotomi. Obat yang diberikan antara lain adalah antibiotik, analgetik dan Vitamin C. Perawatan trakeotomi diberikan nebuliser dan *suction* berkala sebanyak 4-6 x per hari. Pada tiga hari pertama pasca operasi, penderita dirawat di *bed observasi*. Hari ke-4 pasca operasi dilakukan pemeriksaan FOL, didapatkan penonjolan pada dinding posterior faring, dari nasofaring hingga hipofaring terutama pada sisi kanan dan didapatkan refleks muntah yang menurun. Korda vokalis kanan dan kiri bergerak normal, tampak sekret yang cukup banyak, namun jalan nafas tampak adekuat. Berdasarkan evaluasi maka direncanakan untuk dekanulasi. Pada hari ke-5 pasca operasi dilakukan dekanulasi di ruang tindakan URJ THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pada hari ke-6 pasca operasi penderita dipulangkan.

Tiga hari pasca dekanulasi, penderita kontrol di poli onkologi satu atap (POSA) THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pada anamnesis tidak didapatkan keluhan sesak dan rasa mengganjal bila menelan. Penderita dapat makan



Gambar 6.
Keadaan penderita saat kontrol pertama pasca operasi. A. Tampak luka trakeotomi ditutup dengan plester. B. Orofaring tampak lapang.



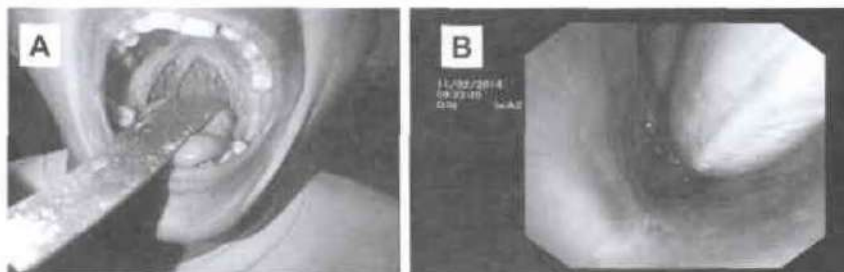
Gambar 8. Keadaan penderita 1 bulan pasca operasi.
A. Tampak depan. B. Tampak samping kiri. C. Tampak samping kanan

dan minum dengan baik. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan orofaring dalam batas normal dan luka bekas operasi trakeotomi masih basah (gambar 6).

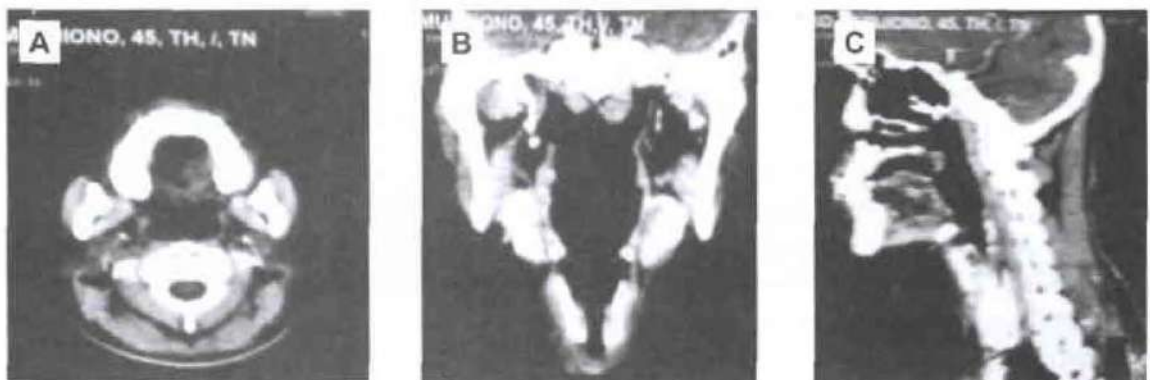
Saat penderita kontrol 1 bulan pasca operasi, keluhan suara sengau tidak didapatkan lagi. Pada pemeriksaan fisik, tampak orofaring dalam batas normal dan luka operasi telah mengering seluruhnya (gambar 8A, B, C & 9A). Hasil pemeriksaan FOL menunjukkan *airway* lapang, gerak korda vokalis simetris, aritenoid, dan epiglotis dalam batas normal. Massa dari dinding posterior faring tampak mengecil

dengan permukaan licin dibandingkan FOL sebelumnya (gambar 9B). CT scan 1 bulan pasca operasi tidak tampak gambaran massa di *regio colli*, nasofaring, orofaring dan laring (gambar 9C).

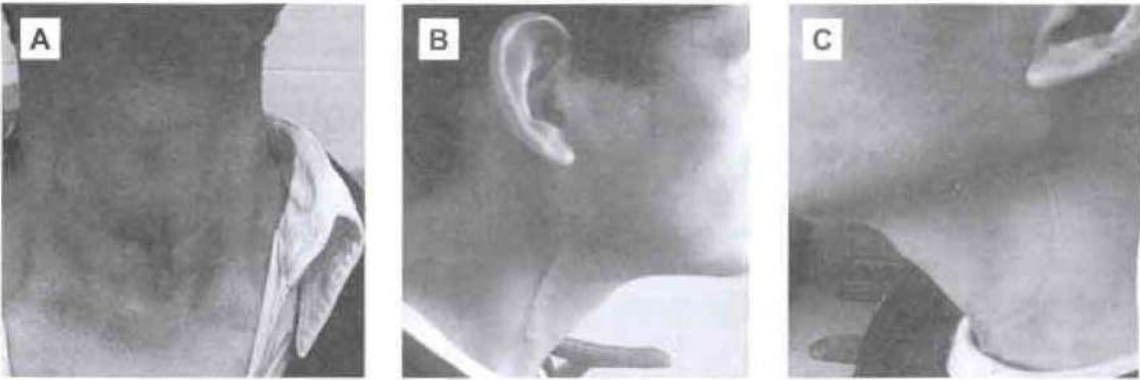
Tujuh bulan pasca operasi penderita dalam keadaan baik, tidak didapatkan keluhan dan stoma sudah menutup (gambar 11). Hasil pemeriksaan CT scan dan FOL tidak didapatkan massa dan *airway* yang lapang (gambar 12 dan 13).



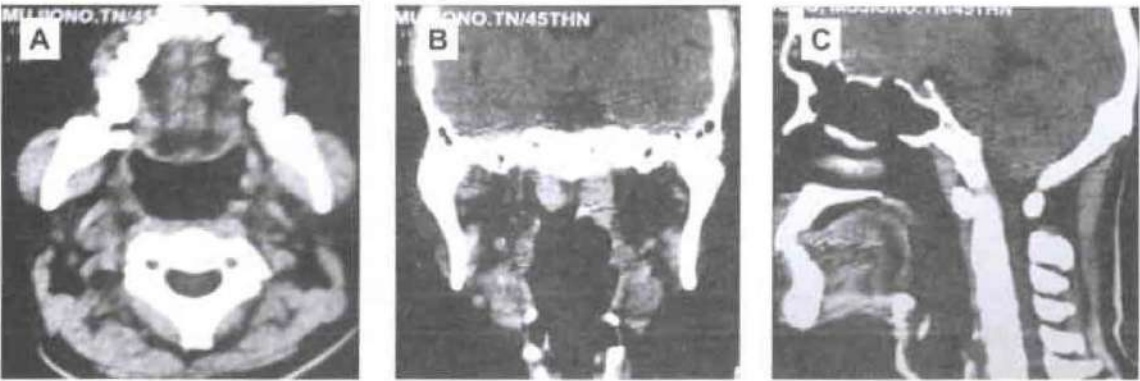
Gambar 9.
Pemeriksaan orofaring (A) dan FOL (B) 1 bulan pasca operasi



Gambar 10. CT scan 1 bulan pasca operasi.
A. Potongan aksial B. Potongan koronal. C. Potongan sagital



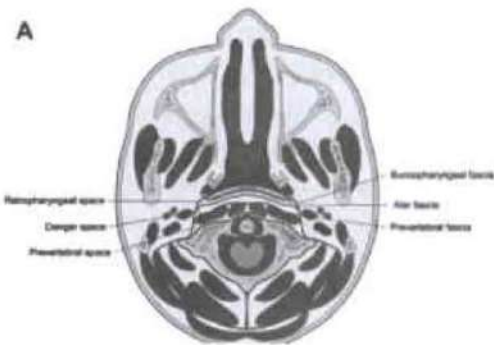
Gambar 11. Foto penderita tujuh bulan pasca operasi.
A Tampak depan. B. Tampak samping kiri. C. Tampak samping kanan.



Gambar 12. Hasil pemeriksaan CT scan tujuh bulan pasca operasi.
A. Potongan aksial. B. Potongan koronal. C. Potongan sagital.

PEMBAHASAN

Ruang retrofaring merupakan ruang potensial yang dibatasi faring di bagian anterior, fasia prevertebra di posterior, dan dasar tengkorak di superior, sedangkan di inferior kompartemen fasia berakhir di mediastinum bagian superior seperti yang dilustrasikan pada gambar 13.



Gambar 13. Ruang retrofaring potongan aksial.⁷

Massa di ruang retrofaring bisa berupa kelainan *developmental*, kelainan akibat trauma, infeksi, maupun neoplasma. Kelainan *developmental* dapat berupa *angiomatic lymphoid* dan *hamartoma*. Trauma bisa menyebabkan terjadinya *chordoma* dan abses yang disebabkan oleh benda asing. Abses dan limfadenitis merupakan dua penyakit infeksi yang dapat dijumpai di ruangan retrofaring. Tumor jinak dapat berupa lipoma, fibroma, fibrolipoma, osteoma, maupun osteokondroma, tergantung dari asal sel tumor jinak tersebut. Tumor ganas sendiri dapat berupa fibrosarkoma, limfoma, liposarkoma, leiomyosarkoma atau karsinoma metastasis. Diagnosis banding massa di retrofaring akan lebih jelas diperinci di tabel 1.

Tabel 1. Diagnosis banding massa di retrofaring.⁸

Developmental	Angiomatous lymphoid Hamartoma
Traumatic	Chordoma Foreign body abscess
Infectious	Acute/Chronic abscess Lymphadenitis
Neoplastic	
Benign	Lipoma Fibroma Fibrolipoma Osteoma Osteochondroma
Malignant	Fibrosarcoma Lymphoma Liposarcoma Leiomyosarcoma Metastatic carcinoma

Lipoma adalah tumor jinak dan dilapisi kapsul. Tidak jelas apakah tumor ini merupakan neoplasma jinak yang sebenarnya, malformasi atau hiperplasia dari jaringan adiposa.⁹ Lipoma relatif jarang ditemui di kepala dan leher dengan tempat manifestasi paling sering di bagian ini adalah di trigonum posterior leher. Lipoma jarang berada di anterior *colli*, fosa infratemporalis, kavitas oral, laring, nasofaring atau ruang parafaring, dan sangat jarang ditemukan di ruang retrofaring. Retrofaring merupakan suatu ruang yang luas sehingga tumor mampu menjadi lebih besar tanpa disadari oleh penderita.¹⁰ Penyakit ini tumbuh sangat lambat, sehingga dalam hitungan tahun tidak disadari karena gejala yang ada sudah dirasakan kronis sehingga penderita menjadi terbiasa dengan gejala tersebut.^{11,12}

Lipoma dapat meluas dari basis tengkorak sampai ke superior dari mediastinum sehingga gejala bisa bervariasi, tergantung dari bagian traktus aerodigestif yang terkena, misalnya obstruksi hidung, sesak, suara parau, tidur mengorok, dan rasa mengganjal sewaktu menelan makanan, tergantung dari lokasi dan besarnya tumor.¹³⁻¹⁵ Pada penderita ini didapatkan gejala awal obstruksi

hidung bila tidur miring ke kanan dan rasa mengganjal bila menelan, gejala selanjutnya adalah proses menelan yang semakin lama dari biasanya, tidur mengorok, suara parau dan sesak bila tidur terlentang.

Pemeriksaan *CT scan* sangat membantu dalam mendiagnosis penyakit ini pra operasi. Karakteristik radiografi dari lipoma retrofaring seperti tipikal lipoma di bagian tubuh yang lain. Lipoma tampak sebagai masa homogen dengan *attenuation* rendah tanpa kapsul yang jelas yang menyerupai lemak dengan -50 sampai -150 *Hounsfield Unit* (HU). Pada literatur lain ada yang mengatakan -64 sampai -123 HU.^{11,12} *CT scan* atau MRI sedapat mungkin membedakan lipoma dari liposarkoma retrofaring, walaupun kejadian liposarkoma retrofaring jauh lebih jarang lagi dibandingkan lipoma, karena kedua penyakit tersebut sangat berbeda dalam hal terapi. Pada liposarkoma tidak cukup hanya dioperasi, melainkan harus dilanjutkan dengan kemoradiasi.⁸

Heterogenisitas pada *CT scan* akan mengindikasikan liposarkoma. MRI akan menunjukkan lesi *hyperintense* pada T1 tanpa perlu memakai kontras. MRI pada liposarkoma akan terlihat septa yang menebal, massa adiposa yang tidak berhubungan, *prominent foci* dengan sinyal T2 yang meningkat dan penonjolan area *enhancement*.^{11,12} MRI memiliki resolusi kontras yang lebih superior, memungkinkan struktur anatomi dan batas dari tumor yang terlihat lebih baik dibandingkan pemeriksaan *CT scan*. MRI juga memperlihatkan hubungan spasial tumor terhadap pembuluh darah lebih jelas. Hal tersebut akan membuat klinisi mendapat informasi yang lebih jelas sehingga rencana terapi yang lebih tepat.¹⁶ Pada pasien ini secara spesifik MRI tidak dapat dilakukan karena penderita terlalu banyak bergerak ketika pemeriksaan dilakukan.

Diagnosis histopatologi pasca operasi merupakan diagnosis pasti yang membedakan lipoma dari liposarkoma karena terapi kedua penyakit tersebut sangat berbeda. Lipoma retrofaring yang besar akan memberikan penekanan pada *traktus aerodigestivus* yang menimbulkan kesulitan dalam bernafas dan menelan makanan, sehingga harus dilakukan reseksi. Studi

kepastakaan menyatakan bila lipoma retrofaring ditemukan, meskipun secara kebetulan, sebaiknya tetap diangkat. Walaupun tumor ini pada saat ditemukan masih asimtomatik, operasi tetap harus dilakukan, kecuali pada penderita dengan kontra indikasi terhadap operasi atau penderita usia tua dengan ukuran lipoma yang kecil. Pilihan operasi lipoma retrofaring bisa berupa eksisi *transoral* atau *transcervical*.¹⁷

Pendekatan *transoral* memiliki keuntungan dan kerugian. Keuntungannya adalah morbiditas pasca operasi yang lebih rendah, waktu perawatan di rumah sakit yang lebih singkat, serta tidak memberi bekas berupa jaringan parut di leher. Kerugiannya adalah tidak dapat melihat pembuluh darah besar dengan baik. Tindakan ini umumnya dipilih bila ukuran lipoma tidak terlalu besar, meskipun demikian bukan tidak mungkin melakukan pendekatan *transoral* pada lipoma yang berukuran besar seperti yang dilaporkan di Singapura, pada keadaan lipoma retrofaring yang sudah meluas ke ruang parafaring berhasil dikeluarkan secara *intoto* dengan pendekatan *transoral*. Prosedur tersebut dipilih karena lipoma memiliki kapsul dan dapat meregang.^{13,18}

Pendekatan *transcervical* merupakan pilihan untuk lipoma yang berukuran besar karena pendekatan ini memberikan lapangan operasi yang lebih baik, akses yang lebih mudah sehingga pengangkatan lipoma bisa dilakukan secara *intoto*. Kerugian dari pendekatan *transcervical* adalah morbiditas pasca operasi lebih besar dibandingkan pendekatan *transoral* dan terdapat kemungkinan kerusakan *nervus cranialis* dan pembuluh darah karotis.¹⁹ Pada kasus ini eksisi *transcervical* dipilih karena massa tumor yang besar yaitu 19 cm x 14 cm x 7 cm. Trakeotomi dilakukan terlebih dulu dengan pertimbangan intubasi yang sulit. Literatur ada yang melaporkan penggunaan *glidescope* dan manipulasi eksternal di dalam penanganan jalan nafas pada lipoma retrofaring yang besar, sebelum dilakukan eksisi *transcervical*, dengan hasil yang memuaskan.²⁰ Hal yang sama tidak dapat dilakukan di RSUD Dr. Soetomo karena belum tersedianya alat *glidescope*.

Secara makroskopik, lipoma mungkin *single* atau *lobulated*, lunak bila dipegang atau

kadang terasa kistik. Pemeriksaan sitologi sebenarnya dapat dikerjakan sebelum operasi, tetapi sering sekali tidak memberikan hasil yang memuaskan karena sampel yang didapatkan kurang representatif.⁹ Pada pasien ini pemeriksaan biopsi aspirasi jarum halus sebelum operasi tidak berhasil mendapatkan sampel yang cukup karena jaringan yang udim. Secara mikroskopik, lipoma terlihat sebagai agregasi sel adiposa matur dilapisi oleh kapsul yang tipis. Lipoma dapat dibagi menjadi beberapa subkelas berdasarkan histologi yaitu lipoma klasik (baik soliter maupun multipel), fibrolipoma, angiolipoma, *infiltrating* lipoma, lipoma intramuskular, hibernoma, lipoma pleimorfik, lipoblastomastosis dan lipoblastomastosis difus. Lesi tersebut terdiri dari jaringan lemak matur, tidak seperti lemak normal tubuh, jaringan ini bukan untuk transformasi metabolik.⁸

Pada penderita ini telah dicoba untuk melakukan pemeriksaan patologi anatomi pra operasi tetapi jaringan yang didapatkan tidak representatif sehingga dianjurkan untuk melakukan *open biopsy*. Jaringan pasca operasi dikirim untuk pemeriksaan patologi anatomi memberikan gambaran makroskopik dan mikroskopik sesuai dengan gambaran fibrolipoma retrofaring. Secara umum, lipoma jarang kambuh. Pada pasien ini evaluasi 1 bulan dan 7 bulan pasca operasi, didapatkan kesimpulan tidak ditemukan kekambuhan tumor pada pemeriksaan fisik, FOL maupun CT scan.

KESIMPULAN

Telah dilaporkan seorang penderita laki-laki berusia 44 tahun dengan fibrolipoma retrofaring dan *impending* SJNA yang telah dilakukan trakeotomi, pengangkatan tumor melalui pendekatan *transcervical* dengan trakeotomi terlebih dahulu. Pendekatan *transcervical* memiliki keuntungan lapangan operasi yang lebih baik, akses yang lebih mudah sehingga pengangkatan lipoma bisa dilakukan secara *intoto*. Evaluasi 7 bulan pasca operasi menunjukkan tidak ada kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pillai OSR, Vijayalakshmi, Adarsha TV, Thahir M, Gupinathan UK, Mohammed N. Retropharyngeal lipoma-a case report. *Indian Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2007; 59: 360-2.
2. Ferri E, Ianniello F, Armato E, Cavaleri S, Razavi IS, Gangolo A. Retro-parapharyngeal lipoma causing dysphagia: radiological findings and surgical management. Available from <http://ispub.com/IJORL/5/2/6376>. Accessed July 20, 2014.
3. Hockstein NG, Anderson TA, Moonis G, Gustafson KS, Mirza N. Retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: case report including five-year follow up. *The Laryngoscope* 2002; 112(9): 1603-5.
4. Serpell JW, Chen RYY. Review of large deep lipomatous tumours. *ANZ Journal of Surgery* 2007; 77: 524-9.
5. Day TA, Joe JK. Primary neoplasm of the neck. In: Cummings CW, Flent PW, Harker LA, Haughey BA, Richardson MA, Robbins KT, et al, eds. *Cummings: otolaryngology head and neck surgery*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. p. 519-20.
6. Gong W, Wang E, Zhang B, Da J. A retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea in a child. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2006; 2(3): 328-9.
7. Debnam MJ, Guha-Thakurta N. Retropharyngeal and prevertebral spaces: anatomic imaging and diagnosis. *Otolaryngology Clinical North America* 2012; 45(6): 1293-310.
8. Chhetri DK. Benign and malignant lipogenic tumors of the retropharyngeal space. *Nepalese Journal of ENT head and neck surgery* 2011; 2(1): 22-4.
9. Anniko M. Cyst and benign tumours of the neck. In: Anniko M, Bernal-Sprekelsen M, Bronkowsky V, Bradley P, Lurato S, eds. *Otorhinolaryngology, head and neck surgery*. 1st ed. Leipzig: Springer; 2010. p. 618-20.
10. Shivakumar AM, Naik AS, Shetty DK, Yogesh BS. Lipoma of the retropharyngeal space..*Indian Journal of Pediatrics* 2004; 71: 271-2.
11. Mandpe AH. Neck neoplasms and neck dissection. In: Lalwani AK, ed. *Current diagnosis and treatment otolaryngology head and neck surgery*. 3rd ed. New York: The McGraw Hill Companies; 2012. p.428-9.
12. Gupta P, Deo RP, Udupa KV, Ravi HR, Pai SA. A case of retropharyngeal lipoma. *Indian Journal of Surgical* 2007; 70: 40-1.
13. Cappabianca S, Colella G, Pezzullo MG, Russo A, Iaselli F, Brunese L, et al. Lipomatous lesions of the head and neck region: imaging findings in comparison with histological type. *Radiology Medicine* 2008; 113: 758-70.
14. Chua DYK, Lim MY, Teo DTW, Hwang SY. Retropharyngeal lipoma with parapharyngeal extension: is transoral excision possible?. *Singapore Medical Journal* 2013; 54(9): e176-8.
15. Piccin O & Sorrenti G. Adult obstructive sleep apnea related to nasopharyngeal obstruction: a case of retropharyngeal lipoma and pathogenetic considerations. *Sleep Breath* 2007; 11: 305-7.
16. Namyslowski G, Sciarski W, Misiolek M, Urbaniec N, Lange D. Huge retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: a case report. *European Archieve Otorhinolaryngology* 2006; 263: 738-40.
17. Akhtar J, Shaykhon M, Crocker J, D'Souza AR. Retropharyngeal lipoma causing dysphagia. *European Archieve of Otorhinolaryngology* 2001; 258: 458-9.
18. Lydiatt WM, Lydiatt DD. Transhyoid and lateral pharyngotomy. In: Cohen JJ, Clayman GL, eds. *Atlas of head and neck surgery*. 1st ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 319-20.
19. Huang HC, Li HY. Retropharyngeal fibrolipoma: a counterchanging obstructive pattern in sleep apnea. *International Journal of*

Pediatric Otorhinolaryngology Extra 2009; 4: 45-8.

20. Sethi S, Arora V. Use of glidescope and external manipulation in airway management of an unusual retropharyngeal lipoma. Journal of Anesthesiology Clinical Pharmacology. 2010; 26(4): 557-8.